Faculté de Médecine de Paris

Année 1894 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 mars 1894, à 1 heure

Par Louis DUHAMEL

Né à Beaugency (Loiret), le 20 novembre 1864

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

FAUX GOITRE EXOPHTALMIQUE

Président : M. DEBOVE, *professeur.*

Juges : MM. { JOFFROY, *professeur.* MARFAN, BALLET, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie méicdale	DIEULAFOY DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	TILLAUX. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef des travaux anatomiques	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER		VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS		WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJERINE	MARFAN	RETTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

FAUX GOITRE EXOPHTALMIQUE

INTRODUCTION

On sait que sous le nom de goître exophtalmique, de cachexie exophtalmique, de névrose thyro-exophtalmique, de maladies de Graves, de Bazedow...., on a coutume de décrire un syndrome morbide, caractérisé par un gonflement du corps thyroïde « analogue au goître » par une saillie des globes oculaires, par une accélération des battements du cœur.

Actuellement, cette triade symptomatique est même loin de suffire à la description complète de la maladie, car, à la suite des travaux parus en ces dernières années, d'autres symptômes ont été décrits qui sont considérés comme faisant partie intégrante du complexus symptomatique.

Depuis une dizaine d'années surtout les idées médicales se sont bien modifiées au sujet du goître exophtalmique.

La pathogénie, incertaine d'abord, a surtout profité de ces travaux récents, et les auteurs sont actuellement d'accord pour assigner à la maladie de Bazedow une cause univoque, et à la considérer comme une *névrose générale.*

Il est inutile de revenir sur ces points qui paraissent acquis à l'heure actuelle, et le but que nous nous proposons d'atteindre dans cette étude est tout différent.

Ayant eu la bonne fortune de recueillir dans le service de M. le professeur Debove, une observation de goître ancien, compliqué ultérieurement d'accidents asystoliques, rappelant à ce moment le syndrome de Bazedow, nous avons pensé, sur les conseils de notre ami, le Dr Courtois-Suffit, qu'il y aurait quelque intérêt à rassembler en un seul faisceau les observations de ce genre, — observations éparses d'ailleurs et bien peu nombreuses — et de montrer qu'à côté de la maladie de Bazedow, névrose générale, il y avait peut-être lieu de décrire d'autres faits identiques à la névrose par certains de leurs caractères cliniques, mais probablement différents dans leur pathogénie, et dissemblables, surtout par les grands traits de leur évolution clinique.

Il arrive parfois, en effet, que chez des malades, porteurs d'un goître ancien, endémique, des acci-

dents se développent — dus, soit à la compression nerveuse produite par la tumeur thyroïdienne elle-même, soit à des lésions de la fibre musculaire du cœur — qui engendrent un tableau clinique prenant à ce moment le masque de la maladie de Bazedow.

L'évidence paraît alors si nette, que le médecin appelé à examiner les malades à cette époque n'hésite pas à formuler le diagnostic de « maladie de Bazedow greffée sur un goître ancien ». Et cependant, si l'on fouille plus profondément l'histoire du malade, on s'aperçoit, qu'outre la préexistence du goître aux accidents nerveux, il y a entre ces faits et ceux qui caractérisent la véritable maladie de Bazedow, des différences profondes, au point de vue clinique, pronostic et thérapeutique.

Les symptômes de la triade classique sont frustes, les symptômes secondaires si utiles pour le diagnostic de maladie de Bazedow, sont absents ou ébauchés, et la question se pose de savoir, s'il s'agit d'une *maladie de Bazedow greffée sur un goître ancien, ou s'il ne s'agit pas d'un faux goître exophtalmique.*

C'est à cette dernière question que doit répondre notre étude.

L'histoire de ces faux goîtres exophtalmiques (Brühl), est à peine commencée et les travaux qui ont été produits sur cette question sont encore bien peu nombreux. Notre travail n'a donc d'autre but

que de rassembler ces éléments épars, de mettre en relief les phénomènes passés inaperçus ou laissés au second plan par nos devanciers, et de contribuer ainsi à une étude pleine d'intérêt, que des observations viendront ultérieurement terminer.

Le premier travail sur la question qui nous occupe est la thèse de Lasvènes : *De la maladie de Bazedow développée sur un goître ancien* (Paris, 1891). Cet auteur associe les observations de ces faits et conclut : « Nous croyons donc jusqu'à plus ample informé, que ces goîtres exophtalmiques se sont développés sous l'influence de goîtres sporadiques anciens ».

Vint après cette thèse, une revue de M. Brühl, parue dans la *Gazette des Hôpitaux,* en 1891. Le travail de M. Brühl est fondé sur une observation minutieusement étudiée et recueillie dans le service de M. le professeur Debove. L'auteur, que nous remercions de l'amabilité qu'il a mise à nous fournir les éléments de son étude, met excellemment en relief les différences qui séparent le vrai goître exophtalmique, de ces cas qui lui ressemblent, et propose pour ceux-ci le nom de *Faux goîtres exophtalmiques.*

L'étude détaillée des faits que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale nous mène à des conclusions identiques à celles de M. Brühl.

En dehors des études que nous venons de citer, nous n'avons rencontré que des observations isolées et qui toutes ont été publiées dans un but

spécial ; à savoir, l'influence heureuse de l'intervention chirurgicale sur le goître, origine commune des accidents ultérieurement observés.

Les cas sont assez nombreux, en effet, dans lesquels, les pseudo-accidents de la maladie de Bazedow ont disparu après l'extirpation du goître.

Laissant complètement de côté l'influence plus ou moins utile de l'intervention thérapeutique, quelle qu'elle soit, nous ne nous attacherons qu'aux faits cliniques signalés dans ces observations, et c'est à l'aide des symptômes que les différents auteurs ont signalé sans les étudier à ce point de vue, que nous préparerons nos conclusions.

Voici le plan que nous avons suivi :

Dans une première partie, nous donnons les observations, les unes très détaillées, celles où les symptômes de la maladie de Bazedow ont paru les plus évidents ; les autres, plus résumées, ne contiennent que les renseignements cliniques utiles à notre cause.

Dans une seconde partie — nous ferons une étude clinique, parallèle, des symptômes de la maladie de Bazedow, et des signes trouvés dans nos observations, — passant successivement en revue le goître, l'exophtalmie, les troubles cardiaques et les symptômes associés ou secondaires.

Nous essaierons de montrer ensuite la théorie,

qui — pour le moment — convient le mieux pour expliquer ces faits, et cette étude nous mènera à cette conclusion, qui nous paraît être la plus exacte ; qu'il y a lieu de décrire à côté de la maladie de Bazedow, des « Pseudo » ou des faux goitres exophtalmiques.

Avant de poursuivre notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser un respectueux hommage aux maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales.

Nous prions MM. les professeurs Debove, Duplay, Tarnier, MM. les Drs Raymond, Lancereaux, Sevestre, Ricard, de croire à toute notre reconnaissance pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

Que MM. les Drs Peyrot et Letulle reçoivent ici l'expression de notre sincère gratitude.

Nous adressons aussi tous nos remerciements à M. le professeur Debove, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

PREMIÈRE PARTIE

OBSERVATIONS

Observation I (inédite).

Goître ancien. — Arythmie cardiaque. — Symptômes associés simulant la maladie de Bazedow. — Mort. — Autopsie.

La nommée Genet, âgée de 66 ans, entre à l'hôpital Andral, le 9 avril 1893. Service de M. le professeur Debove.

Les antécédents personnels de cette femme sont peu chargés, nous ne rencontrons qu'un rhumatisme articulaire à l'âge de 20 ans, suivi à des périodes éloignées de palpitations provoquées par des efforts.

Cette femme, il y a six mois, à la suite d'un rhume, dit-elle, fut prise de dyspnée, d'oppression, de toux. Ces symptômes, d'abord légers, allèrent peu à peu en s'aggravant progressivement. La dyspnée existe encore actuellement ; il ne s'agit pas d'un phénomène consécutif à une lésion rénale, car tous les signes du mal de Bright manquent complètement ; en outre, cette

1. Nous remercions vivement M. Sattas, interne à l'hôpital Andral, qui a bien voulu se dessaisir de cette observation en notre faveur.

dyspnée ne s'accompagne pas de fièvre, pas d'asthme, pas de râles ou de crachats muco-purulents.

L'examen du cœur présente les particularités les plus intéressantes. Depuis trois mois, les palpitations dont la malade se plaint depuis de longues années ont augmenté dans des proportions considérables ; c'est à peine si le sommeil est actuellement possible, le moindre mouvement amène une oppression pénible.

Ces palpitations s'accompagnent d'un phénomène objectif presque constant, à savoir la *tachycardie*, les battements de cœur sont nets, mais très précipités.

Le cœur est augmenté de volume, on n'y perçoit aucun souffle, on ne trouve pas les signes du rétrécissement mitral, le dédoublement du deuxième bruit. Les battements du cœur sont exagérés comme force, faciles à percevoir, irréguliers, l'arythmie est très évidente.

Les veines du cou sont dilatées, cependant, ni battements hépatiques, le foie est dans ses limites normales ; pas de teinte subictérique de la peau ou des muqueuses, pas d'ascite, pas d'œdème des jambes.

Goître. — Au niveau de la partie antérieure du cou, existe une tumeur assez volumineuse, qui semble s'engager sur la partie supérieure du sternum, tumeur dure, mobile, assez nettement bilobée. C'est un goître qui date de l'enfance. La malade se souvient seulement que ce goître augmentait de volume au moment des règles, au moment de la grossesse, pour diminuer par la suite.

On apprend de plus que la mère et la sœur de la malade portaient un goître semblable.

Il ne s'agit donc pas du goître classique de la maladie de Bazedow, qui n'est pas congénital, qui est peu volumineux, qui est généralement mou, qui est le plus souvent animé de battements.

Chez cette malade la tumeur thyroïdienne est dure, grosse, non pulsatile, congénitale.

Les symptômes rencontrés chez cette malade ne ressemblent donc pas à ceux que l'on observe dans le goître exophthalmique *névrose*, de goître congénital, chez laquelle sont survenus, il y a 5 ou 6 mois, des accidents cardiaques spéciaux, qui relèvent probablement d'altération du myocarde (arythmie évidente), peut-être d'un trouble de l'innervation du cœur (irritation du pneumogastrique).

Le traitement consiste en l'administration de la digitale.

Les symptômes asystoliques ne cèdent pas à l'administration du médicament, la teinte subictérique, l'œdème des jambes apparaissent et s'accentuent et la malade meurt le 11 mai.

Autopsie. — Les poumons sont gros, très congestionnés.

Poumon gauche (480 gr.), œdème pulmonaire, pus dans les bronches.

Poumon droit (700 gr.), aspect grisâtre, mais crépite encore et surnage.

Un épanchement de 400 grammes existe dans la partie déclive de la plèvre droite.

Les reins (130 gr.) sont très légèrement congestionnés, sans altération bien évidente à l'œil nu.

La rate est normale.

Le foie (1 kilogr.) est un peu dur, peu congestionné, ne présente pas les caractères du foie cardiaque.

Le cœur est mou, flasque, sans lésion valvulaire.

Le goître est volumineux, légèrement plongeant.

Observation II

Rapport du goître simple avec la maladie de Bazedow, des faux goîtres exophthalmiques.
Brühl. *Gazette des Hôpitaux*, juin 1891.

Il s'agit d'une femme de 61 ans, qui est entrée le 16 mars 1891 à l'hôpital Andral pour des accidents asystoliques ; *depuis 20 ans*, elle avait un goître de dimensions moyennes. Ses antécédents héréditaires méritent d'être rappelés avec quelques détails. Le père de la malade est mort d'accident à 54 ans ; sa mère est morte d'asystolie à 75 ans. Elle a douze frères et sœurs.

Tous les membres de la famille sont des névropathes ; presque tous étaient porteurs de goîtres ; ils étaient originaires d'une localité des environs de Strasbourg où le goître existe à l'état endémique.

D'après les antécédents personnels de la malade nous sommes manifestement en présence d'une névropathe ; dès l'âge de 7 ans, elle était sujette à des crises d'étouffements, elle avait des terreurs nocturnes. A partir de l'âge de 30 ans, elle avait assez fréquemment, mais à des intervalles très irréguliers, des attaques de nerfs qui paraissent devoir être mises sur le compte de l'hystérie. En 1869, à l'âge de 39 ans, elle s'aperçut que son cou commençait à grossir d'une façon lente et graduelle.

En 1870, des revers de fortune furent la cause occasionnelle d'une aggravation de son état nerveux. La malade a toujours été bien réglée ; elle n'a eu ni enfant ni fausse couche. A 50 ans survient la ménopause, sans amener aucune espèce d'accident.

Il y a 3 ou 4 ans, l'étrangeté et la fixité de son regard auraient

frappé son entourage; c'est depuis cette époque qu'existe vraisemblablement un certain degré d'exopthalmie. Depuis deux ans seulement, elle se plaint de palpitations, qui reviennent d'ordinaire sous forme de crises nocturnes.

Il y a quelques mois, son goître se serait accru, dans des proportions assez notables; c'est à ce moment qu'elle a éprouvé les premiers phénomènes d'insuffisance cardiaque; à l'occasion d'un effort ou d'une fatigue survenaient des accès de dyspnée, depuis deux mois, elle s'est aperçue qu'elle avait de l'œdème péri-malléolaire.

Etat actuel. — C'est une femme amaigrie, presque cachectique, parlant avec difficulté. La respiration s'accompagne d'un sifflement trachéal perceptible à distance, et qui fait d'emblée songer à un rétrécissement de la trachée.

La dyspnée est considérable, elle oblige la malade à garder la position assise.

Le cou est gros, on constate, à l'inspection et à la palpation, l'existence d'une tumeur du corps thyroïde jusqu'à la fourchette sternale, qu'elle ne dépasse pas par sa limite inférieure.

La tuméfaction atteint d'une façon inégale les deux lobes ; le lobe gauche, le plus volumineux, présente le volume du poing, le lobe droit a le volume d'un gros œuf. La tumeur est dure, manifestement solide, il n'existe aucun frémissement au niveau du goître, qui ne présente, d'ailleurs, aucun mouvement d'expansion. La peau est normale ; elle est sillonnée par les veines jugulaires antérieures et externes, très distendues et dans lesquelles on peut constater un reflux du sang.

L'exophtalmie, quoiqu'elle ne soit pas très prononcée, est indiscutable ; le globe oculaire est totalement recouvert par l'occlusion des paupières.

Il n'existe aucune espèce de tremblement. Le cœur est légèrement hypertrophié; les battements sont précipités, tumultueux,

difficiles à compter tant à cause de leur fréquence que de leur extrême irrégularité ; l'auscultation ne permet que de constater une arythmie très grande des contractions cardiaques.

Le pouls radial est petit, presque imperceptible, impossible à compter.

Il existe un œdème considérable des membres inférieurs, atteignant la racine des cuisses. L'examen de la cavité abdominale ne nous a fourni que des résultats négatifs ; le foie, en particulier, ne paraît pas déborder les fausses côtes. Les urines sont rares, foncées et contiennent des traces d'albumine. L'examen des poumons nous révèle l'existence de râles d'œdème pulmonaire.

Le diagnostic d'asystolie s'imposait, aussi la malade fut-elle soumise à un traitement digitalique ; on prescrivit 30 centigrammes de poudre de digitale et on continua l'administration du médicament pendant une série de jours, jusqu'à ce qu'il se produisit des signes d'intolérance. Sous l'influence de ce traitement, on obtint une diminution notable de l'œdème des membres inférieurs, une augmentation de la quantité des urines, un ralentissement du pouls qui descendit à 124 d'abord, puis à 108, enfin à 96. En même temps les contractions cardiaques devinrent plus énergiques ; toutefois, on relève toujours les mêmes irrégularités ; mais il n'existait ni souffle, ni dédoublement, ni bruit de galop ; le claquement des valvules aortiques présentait un timbre éclatant.

Ce qui parut intéressant, ce fut la diminution de volume du goître et la disparition presque complète de l'exophtalmie sous l'influence de ce traitement.

La cachexie cependant fit des progrès et la malade succomba le 23 avril après une aggravation subite dans son état.

L'autopsie fut pratiquée 24 heures après la mort. Le cadavre est amaigri ; il existe encore une infiltration œdémateuse du tissu

cellulaire des membres inférieurs. Le goître, que l'on peut énucléer, était volumineux. Le lobe gauche, plus allongé, présentait le volume du poing, le lobe droit plus large, plus étalé, mais moins haut, avait le volume d'un gros œuf de poule. La surface de la tumeur était irrégulière, légèrement bosselée, quelques veines distendues rampaient dans le tissu cellulaire qui enveloppait la tumeur.

Celle-ci d'une dureté presque ligneuse en certains points, offrait une consistance pâteuse en d'autres. En l'incisant on voit qu'elle est constituée par un tissu dur, manifestement fibreux, circonscrivant de petites cavités kystiques, remplies de matière colloïde.

Il faut insister sur l'absence de vascularisation de la tumeur, qui, à la coupe n'a pas donné une seule goutte de sang. Il s'agissait donc bien d'un goître vulgaire, classique. Les nerfs pneumogastriques et récurrents ne paraissent pas comprimés.

A l'œil nu, ils ont leur aspect normal ; ils sont entourés d'un tissu cellulaire, dans lequel il est facile de les isoler.

La trachée est aplatie d'avant en arrière, au niveau du goître ; elle présente une forme presque rubanée ; cet aplatissement persistait même après l'ablation de la tumeur ; il était beaucoup plus marqué à gauche qu'à droite.

Le cœur présentait une hypertrophie notable du ventricule gauche ; le myocarde à une teinte jaune, légèrement feuille morte ; à la coupe des piliers, on aperçoit des points blanchâtres indices d'une sclérose cardiaque. Le bord libre des valvules sigmoïdes de l'aorte est légèrement épaissi.

Il existe de l'athérome de l'aorte, dont on poursuit les altérations jusque dans la portion abdominale.

Poumons emphysémateux ; congestion des bases.

Foie petit, dur, non granuleux, pèse 950 grammes. Sur une coupe on retrouve l'aspect du foie muscade, rate petite, scléreuse.

Reins, la capsule est légèrement adhérente, sur une coupe le parenchyme est congestionné et graisseux.

Les centres nerveux sont absolument sains; pas d'altérations des vaisseaux du cerveau, pas d'adhérences des méninges. Le bulbe est également sain, on constate seulement à la surface du quatrième ventricule une petite ecchymose sous-épendymaire.

Observation III

Goître datant de l'adolescence. Maladie de Basedow survenue à l'âge de 25 ans.

Observation de M. Brissaud, in thèse Lasvènes.

Mme C..., âgée de 25 ans, mariée à 20 ans, accouchée à 21 ans d'un enfant actuellement vivant, malingre et scrofuleux. Pas de fausses couches. Pas de maladies antérieures, menstruation toujours régulière, pas d'antécédents morbides dans la famille, du moins à la connaissance de la malade, mais ses renseignements sont insuffisants.

Née à Paris, de parents parisiens, elle ne sait pas si elle a eu dans sa famille paternelle ou maternelle des personnes atteintes de goître. A l'âge de 12 ans, elle s'aperçut que son cou devenait plus gros et qu'elle était gênée dans ses collerettes, elle n'avait pas de glandes au cou, mais on la traita immédiatement comme une scrofuleuse, on lui fit prendre de l'huile de foie de morue à hautes doses, on l'envoya aux Bains de mer et on lui fit sur la partie antérieure du cou des applications de teinture d'iode. L'augmentation de volume du cou fut bientôt reconnue pour un goître.

Celui-ci se développa très rapidement dans les parties inférieures du corps thyroïde où il prit une forme bilobée, chaque

moitié ayant le volume d'une grosse noix. Peu de temps après son apparition, la peau devint, à certains moments, rouge, tendue, luisante. Un médecin consulté alors pensa que la tumeur allait suppurer ; mais n'osant pas intervenir franchement et ne prenant avis que de lui-même, eut la malencontreuse idée d'appliquer sur la tumeur une traînée de pâte de Canquoin. Il n'en résulta rien autre chose qu'une cicatrice transversale, déprimée, légèrement kéloïdique, adhérente dans ses parties profondes et qui entrave actuellement l'exploration.

Aujourd'hui (février 1891) ce goître n'est ni plus ni moins gros qu'il n'était un an après son apparition. Sa consistance est ligneuse, il est indolent, il suit les mouvements d'élévation et d'abaissement dans la déglutition ; la voix est conservée normale, il n'y a jamais eu d'accidents respiratoires spasmodiques d'aucune sorte.

En 1883, Mme C... commença à éprouver des palpitations de cœur en montant les escaliers. Elle remarqua même très peu de temps après que ses pieds étaient gonflés, surtout le soir, elle était souvent essoufflée, surtout la nuit ; elle perdit le sommeil ; chaque fois qu'elle s'endormait elle était prise de cauchemar. Elle déclare qu'à partir de ce moment elle se sentit dans un état nerveux qu'elle n'avait jamais connu auparavant, elle devint susceptible, irritable, irascible même ; le moindre bruit la mettait hors d'elle. Un objet tombant à terre la faisait tressaillir, elle se sentit peu à peu devenir toute tremblante, comme si elle grelottait de froid, et cependant elle dit avoir toujours chaud. Cette sensation de chaleur permanente n'a cessé de subsister depuis le début de la maladie.

Encore actuellement au plus fort de l'hiver, Mme C... ne couche jamais avec une couverture, un drap lui suffit, et c'est encore trop, elle change de place constamment pour trouver les parties fraîches et cependant la température n'a jamais dépassé 37°.

En même temps que les palpitations, la dyspnée, l'œdème des membres inférieurs, les troubles de caractère et la sensation permanente de chaleur, apparurent d'autres phénomènes qui depuis lors ne se sont guère modifiés : d'abord une diarrhée que aucun médicament ne peut enrayer et qui, tout en étant permanente, présente parfois des recrudescences de 8 à 10 jours de durée, puis des fringales et des caprices d'estomac tels, que Mme C... n'a plus de repas régulier.

Elle a de temps à autre de véritables crises d'appétit, le plus souvent au milieu de la journée, quelquefois même au milieu de la nuit. Le goût est perverti, elle mange les aliments les plus grossiers, les plus mal préparés, sans éprouver jamais aucun trouble gastrique.

La diarrhée est indépendante du mode d''alimentation.

Les sueurs sont très abondantes, la peau est toujours moite et malgré le froid réel qui en résulte du fait de l'évaporation, la sensation subjective de chaleur est permanente.

De temps en temps surviennent des accès de fièvre durant 24 ou 48 heures, sans localisations morbides et sans cause connue. La malade qui connaît bien cette fièvre ne s'en préoccupe jamais et l'appelle sa fièvre nerveuse ; ce en quoi elle ne se trompe pas.

Le pouls est toujours à 120, 130, quelquefois davantage, sa fréquence est proportionnée à la dyspnée.

Tous ces phénomènes survenus à 25 ans dans un laps de temps très court ne se sont pas sensiblement accrus depuis l'époque de l'apparition. La description de leur état à l'origine vaut encore pour leur état actuel. Aucune complication grave ne s'est produite par leur fait depuis 8 ans.

En 1886, Mme C... a une fièvre typhoïde parfaitement caractérisée ; le diagnostic est resté obscur pendant une douzaine de jours; la fréquence du pouls, la fièvre, la diarrhée étaient des

symptômes tellement habituels que l'hypothèse de la dothiénenté-rie n'avait pas été soulevée. L'apparition des taches, l'hypertrophie de la rate, la longue durée de la fièvre levèrent les doutes ; à la suite de cette fièvre typhoïde, Mme C... eut une petite crise d'asystolie qui disparut à mesure que la convalescence s'accentua.

Aujourd'hui 15 mars, Mme C... est dans le même état qu'avant l'apparition de sa fièvre typhoïde.

Observation IV

Goître ancien se compliquant d'exophtalmie, chez une vieille femme, avec tremblement, battement des artères.
Lasvènes, 1891.

La nommée Brunet, ménagère, âgée de 58 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 18 novembre 1890, salle Lorain, n° 10, service de M. Brissaud.

Le père de la malade est mort d'une fluxion de poitrine ; la mère est morte phthisique à 30 ans.

Etant jeune, la malade avait souvent des migraines, des douleurs passagères, cependant sa santé a été bonne jusqu'à l'âge de 28 ans.

Pas de maladies antérieures. A cette époque, elle eut une vive contrariété, avec crise de nerfs violente, larmes... En même temps sensation à la gorge d'une boule qui n'était guère grosse au dire de la malade. Les jours suivants, la tumeur du cou grossissait peu à peu, surtout au niveau du lobe droit du corps thyroïde. Cette tumeur a évolué très lentement, ce n'est guère que depuis deux ou trois ans qu'elle a acquis le volume que nous lui voyons aujourd'hui. S'il faut en croire la malade, le volume de sa

tumeur thyroïdienne serait sujet à des oscillations d'un jour à l'autre.

Il y a à peu près 20 ans, elle eut de fortes palpitations de cœur, surtout à la suite de mouvements un peu pénibles ou d'efforts violents. Ces palpitations ne durèrent guère que 2 ou 3 mois et n'ont pas reparu depuis.

Il y a 6 mois environ, un tremblement très notable s'est manifesté qui n'est ressenti que lorsqu'elle est arrêtée ou occupée debout, assise ou couchée. Lorsqu'elle marche, elle n'est nullement gênée, elle peut même encore exécuter quelques travaux d'aiguille ; mais depuis quelque temps, elle éprouve une grande faiblesse. Il lui est impossible de faire son métier de ménagère comme elle le faisait autrefois. Les forces lui manquent.

Depuis cinq mois, elle a souvent la nuit des sueurs profuses.

Etat actuel. — Exophtalmie légère, mais les yeux sont brillants : L'œil gauche est plus petit que l'œil droit. Pas d'autre asymétrie faciale. La tumeur du cou est à peu près du volume d'une mandarine, elle est composée de deux parties assez distinctes, se continuant bien l'une avec l'autre, différenciées seulement par une inégalité de relief. La partie gauche est exactement médiane et dépasse à droite sa gauche de deux centimètres à peu près cette même ligne médiane. Sa forme est sphérique, la partie droite ovalaire est plus petite et fait moins de relief.

Le cœur est rapide, 120 battements par minute.

Le tremblement est rapide et très manifeste aux mains, les oscillations sont peu étendues ; tout le membre supérieur tremble, les doigts ne semblent pas trembler dans leurs articulations propres.

Lorsque la malade est assise ou couchée, ses jambes ne tremblent pas, c'est le contraire dès qu'elle se tient debout.

6 décembre 1890. — La malade a demandé à sortir de l'hôpital. Son état est à peu près le même qu'à l'entrée.

Observation V

Goître volumineux datant de vingt-cinq ans et se compliquant au bout de ce temps d'un tremblement permanent à oscillations très rapides, semblable au tremblement de la maladie de Bazedow.
Pas d'ophtalmie. Tachycardie transitoire (Lamy. Comptes-rendus de la Société Anatomique, 1891).

Le nommé For..., âgé de 63 ans, charpentier, est entré à l'hôpital Saint-Antoine le 6 février 1891, service de M. Gingeot, salle Marjolin, n. 6.

Le malade ne peut donner aucun renseignement positif sur sa famille, si ce n'est qu'il a une sœur encore vivante et bien portante, âgée de 70 ans. Il n'a jamais eu de maladie grave. Jamais d'accident nerveux d'aucune sorte. Pas de syphilis. Il y a une quinzaine d'années, fracture de la clavicule gauche qui a guéri sans laisser de traces.

Le malade est originaire du Puy-de-Dôme : il n'est pas d'une famille de goîtreux, il exerce à Paris depuis très longtemps le métier de charpentier.

Il y a 25 ans environ, il a remarqué que son cou augmentait de volume du côté droit. Depuis cette époque, la tumeur qu'il porte actuellement s'est développée lentement et sans jamais provoquer de douleurs, mais d'une façon continue.

Depuis deux ans, principalement, sa voix s'est altérée et l'oppression est apparue. Le décubitus dorsal provoque aussitôt la dyspnée et la toux, et le malade est obligé de se coucher la tête haute en s'inclinant un peu vers le côté gauche. Depuis la même époque, sont survenues de grandes crises d'oppression qui le

forcent à s'asseoir sur son lit pendant la nuit, des quintes de toux prolongées, enfin des violentes palpitations se produisent pendant la marche.

Il y a 8 mois environ les jambes ont commencé a enfler et cet œdème a persisté jusqu'à aujourd'hui avec un volume variable. Le malade est entré plusieurs fois à l'hôpital où il a été amélioré par la digitale. Depuis deux mois, à l'œdème des jambes, s'est joint de l'œdème du bras gauche, dont les mouvements, auparavant faciles, sont devenus douloureux. Le malade déclare que son état a empiré depuis quelque temps.

Etat à l'entrée. — Facies anxieux, respiration rapide, pouls petit et tellement accéléré qu'il est impossible de compter le nombre des pulsations.

Il n'y a cependant pas de cyanose du visage, les yeux sont *brillants* mais pas *saillants*: la pupille gauche est manifestement plus étroite que la droite, mais tous deux réagissent normalement à la lumière. La langue est propre, mais l'haleine est fétide. La région antéro-latérale droite du cou est occupée par une tumeur ovoïde, à grand axe transversal, représentant à peu près le volume du poing, et s'étendant depuis la ligne verticale du pavillon de l'oreille en arrière jusqu'à la ligne médiane antérieure qu'elle dépasse un peu vers la gauche.

Elle suit très incomplètement les mouvements du larynx dans la déglutition. La limite inférieure de la tumeur est sentie très nettement au-dessus de la fourchette sternale ; si on cherche à introduire le doigt en arrière de celle-ci, on sent une bande ligamenteuse très résistante, qui semble rattacher la tumeur au bord postérieur du sternum. Sa consistance est ferme, et l'on ne perçoit pas la moindre fluctuation. La peau qui le recouvre est mobile et n'offre pas de coloration spéciale, mais elle laisse voir de nombreuses veines dilatées. La jugulaire externe gauche, surtout, est très développée et présente des battements beaucoup

plus marqués que la droite ; il s'agit là d'ailleurs de faux pouls veineux. La partie latérale droite du cou est également volumineuse : on sent une tuméfaction profonde au-dessous du sterno-mastoïdien, mais pas de tumeur nettement limitée. La voix est presque éteinte, étranglée (voix goîtreuse).

L'examen laryngoscopique est impossible en raison de la dyspnée.

Rien de particulier à noter du côté du membre supérieur droit, si ce n'est la présence sur la face dorsale de la main de petites taches de purpura, foncées, vineuses, que le malade n'avait même pas remarquées.

Le membre supérieur gauche est le siège d'un œdème considérable qui occupe surtout l'avant-bras. Cet œdème est très dur et non douloureux à la pression.

Les mouvements du coude sont indolores dans l'extension forcée, mais les mouvements de l'épaule provoquent une vive douleur ; l'élévation est à peu près impossible. On ne sent d'ailleurs pas de cordon induré sur le trajet des vaisseaux, ni à l'avant-bras, ni au bras, ni dans l'aisselle. Enfin, le pouls radial est nettement perçu du côté gauche, seulement avec une légère diminution d'amplitude relative due certainement à l'état œdémateux du membre. Les artères radiales offrent une rigidité remarquable de leurs parois. Au niveau du grand pectoral gauche, apparaissent des veines sous-cutanées très dilatées et flexueuses qui se continuent par-dessus la clavicule avec le réseau superficiel du cou également très développé. On suit les anastomoses de ces veines avec la jugulaire externe et antérieure du même côté. Le réseau veineux se prolonge en arrière jusqu'au bord antérieur de l'omoplate gauche.

La région thoracique, en outre de ces veines dilatées qui tachent de bleu toute sa moitié supérieure gauche, présente au niveau du cartilage de la troisième côte gauche, un petit battement très

superficiel sus-jacent à la côte et qui, à la palpation paraît dû à une artère.

Le thorax dans son ensemble présente un affaissement en hauteur dont rend compte une cyphose à grande courbure occupant la région dorsale du rachis.

Cette courbure est apparue graduellement et le malade l'attribue aux lourdes charges qu'il était obligé de porter dans son métier.

Il existe une courbure de compensation cervicale, grâce à laquelle la face regarde directement en avant, les mouvements de latéralité du cou sont très restreints, ainsi que ceux de flexion et d'extension.

La respiration est rapide, haletante, peu profonde, mais elle n'offre aucun rythme spécial à noter.

Elle est presque exclusivement diaphragmatique ; le malade accuse une sensation de gêne et de pesanteur qu'il localise, non pas au cou, mais à l'épigastre.

L'auscultation des poumons fait entendre des deux côtés en arrière quelques râles ronflants et sibilants disséminés avec des râles plus fins vers les bases.

Dans l'aisselle droite, le timbre de la respiration est un peu soufflant, il y a un léger retentissement de la voix, la toux fait entendre de gros râles sous-crépitants peu nombreux.

La pointe du cœur bat à 3 centimètres en dehors du mamelon et sur la même ligne horizontale ; l'impulsion cardiaque est forte mais présente des inégalités très notables. Le cœur bat avec une grande rapidité ; on peut compter 130 systoles par minute. On éprouve une grande difficulté à délimiter le volume du cœur par la percussion à cause de l'emphysème. L'oreillette paraît dilatée. L'auscultation révèle seulement une arythmie assez marquée ; on n'entend pas de souffle, le premier temps est fortement claqué. Le foie paraît légèrement augmenté de volume, il est douloureux

à la pression. Rien de particulier à noter du côté de l'abdomen ; le malade a eu la diarrhée depuis quelques jours, il a deux ou trois selles par jour. Les deux membres inférieurs présentent un œdème dur, profond et indolore qui gagne presque la racine des cuisses.

Les réflexes rotuliens sont *très exagérés.*

Le malade présente en outre un *tremblement* très particulier des membres supérieurs, lorsqu'on lui fait étendre les bras en avant. Il n'a jamais fait d'excès alcoolique, et d'ailleurs ce tremblement n'offre pas les caractères du tremblement éthylique. Il n'existe pas de mouvements isolés des doigts, mais lorsque les mains sont étendues, on constate qu'elles sont animées de petites oscillations extrêmement rapides et de peu d'étendue. Il est difficile de les compter exactement ; c'est une véritable *vibration* de tout le membre supérieur, mais on peut dire approximativement qu'il y a une dizaine d'oscillations par seconde.

Quand on saisit à pleine main le bras ou l'avant-bras du malade, le tremblement dont le membre est secoué est très nettement perçu.

Il n'est bien apparent que dans les mouvements volontaires, dans l'acte d'étendre le bras ou de serrer la main, par exemple : si l'on fait mettre le malade debout, il est immédiatement pris d'une trépidation rapide qui le secoue des pieds à la tête.

Les oscillations ne sont guère plus amples que lorsque le malade était couché. Mais si l'on met la main sur la tête ou sur l'épaule du malade, on sent très bien qu'il vibre pour ainsi dire de tout son corps, les jambes flagellent légèrement et transmettent leurs mouvements au tronc et à la tête. Le malade porte un verre à sa bouche avec la plus grande aisance, sans dévier de son but et sans que son tremblement s'exagère au moment où il va l'atteindre. La marche n'offre rien à noter, si ce n'est qu'elle

est très pénible à cause des palpitations et de dyspnée qu'elle provoque.

Le malade raconte que ce tremblement est survenu depuis *six mois environ*, il augmente surtout par la fatigue, mais il n'a jamais occasionné le moindre inconvénient ni la moindre maladresse.

La température rectale n'atteint pas 38°, l'appétit est peu développé, pas d'albumine dans l'urine, mais celle-ci est actuellement rare et de couleur foncée.

Rien de particulier à noter chez ce malade au point de vue psychique : son intelligence paraît assez bornée, il est fort peu expansif et réclame seulement avec insistance qu'on le soulage de son oppression.

La sensibilité est intacte dans tous ces modes.

Ordonnance : Régime lacté, digitaline un milligramme.

9 février 1891. — Amélioration ; le pouls est *tombé* à 76, il est bien frappé et ne présente que quelques rares irrégularités. On peut s'assurer qu'il n'y a pas de retard de la pulsation radiale gauche sur celle de droite. L'auscultation ne révèle aucun bruit anormal, mais seulement quelques faux pas.

La diarrhée persiste, le tremblement est semblable à ce qu'il était le premier soir. Température 37°.

Pendant tout le reste du mois de février, le malade est dans le même état. L'oppression, sans jamais revenir au degré qu'elle avait atteint le jour de l'entrée, ne disparaît pas.

L'œdème du bras gauche persiste, la diarrhée disparaît et le pouls ne monte pas au-delà de 80 à 90, sans jamais offrir une régularité parfaite. L'œdème des membres inférieurs disparaît presque complètement. *Quant au tremblement, il n'a pas cessé un seul soir* et il s'est toujours montré avec les mêmes caractères, rapidité et peu d'étendue des oscillations. Jamais d'accès de fièvre.

On a fait dans les premiers jours du mois de mars deux injections interstitielles de teinture d'iode dans le goître, de 1 centimètre cube chaque : pas de résultats appréciables. Ce matin à la visite on constate que la congestion pulmonaire a augmenté. Le cœur qui s'était régularisé sous l'influence du repos et de la digitale, présente de nouveau de l'arythmie ; l'oppression est plus considérable, le visage est anxieux. Les taches de purpura notées sur la face dorsale de la main droite ont disparu ; mais il s'en est formé de nouvelles un peu plus haut sur la face dorsale du poignet.

Toujours pas d'exophtalmie. Le tremblement persiste identique.

Ordonnance. Infusion de digitale 0,15.

12 mars. — Le traitement n'a produit aucun effet cette fois ; on a eu recours depuis hier aux injections hypodermiques d'une solution de caféïne, sans plus de succès. L'arythmie a persisté, l'oppression et la congestion pulmonaire n'ont fait qu'augmenter.

Ce matin, à la visite, le malade est très anxieux, la dyspnée est considérable, on compte 54 respirations par minute.

Le pouls, autant qu'il est possible de le compter, bat cent fois par minute. La température rectale est de 40°, on constate de la matité et des râles fins dans le 1/3 inférieur du thorax en arrière et à gauche. Une tache de purpura très foncée et grande comme une pièce de 2 francs est apparue sur la face dorsale de la main droite.

L'auscultation du cœur est tout à fait impossible, l'œdème des jambes a augmenté, l'inégalité pupillaire est très marquée.

Le malade meurt dans la soirée.

Autopsie. — Après l'incision des téguments qui recouvrent la tumeur thyroïdienne, on constate que celle-ci se compose de deux parties principales, une antéro-latérale droite, allongée transversalement, celle qui apparaissait à la partie antérieure du

cou du vivant du malade, et une partie latérale gauche bien distincte de la précédente, ovoïde aussi, mais à grand axe vertical. Cette dernière, plus saillante en arrière, plonge par sa partie inférieure derrière la clavicule gauche, dans une hauteur de 3 à 4 centimètres ; elle était cachée derrière le sterno-mastoïdien du côté gauche, dont l'épaisseur empêchait de la délimiter exactement par la palpation. La tumeur tout entière est recouverte par les aponévroses cervicales superficielle et moyenne très épaissies. Comme on l'avait reconnu du vivant du malade, elle est parfaitement limitée en bas, et son aponévrose fibreuse (aponévrose moyenne) l'attache solidement à la face postérieure du sternum et de la clavicule.

Après avoir détaché cette insertion, on enlève le sternum et les côtes, et on voit que l'enveloppe fibreuse du goître se prolonge sans interruption sur le péricarde avec lequel elle ne semble faire qu'un.

L'adhérence est tellement solide qu'en attirant en haut la tumeur thyroïdienne, on entraîne le cœur entouré de son péricarde sans produire la moindre déchirure.

Avant d'enlever la pièce, on s'assure que la trachée n'est pas refoulée par le goître, elle semble fort peu comprimée par les deux parties de la tumeur. Cependant le lobe gauche qui se porte principalement en arrière, refoule légèrement l'œsophage.

En disséquant la région, on reconnaît que le nerf récurrent gauche était manifestement comprimé ; il est entouré d'un tissu fibreux très abondant, dont à grand peine on parvient à le séparer.

Un peu au-dessous du point où il s'engage sous le constricteur inférieur du pharynx, le tronc nerveux est tuméfié et parcouru par des vaisseaux gorgés de sang et relativement volumineux. Il offre d'ailleurs dans toute sa longueur une teinte rosée qui contraste avec la couleur blanche normale du récurrent droit.

Le nerf pneumogastrique gauche du cou ne semble pas très altéré à l'œil nu, il offre cependant une teinte grisâtre et une forme un peu aplatie, lamelleuse, quand on le compare à celui du côté opposé. Le grand sympathique cervical ne présente pas d'altérations macroscopiques.

Après cet examen, on enlève d'un seul coup la tumeur thyroïdienne recouverte de son manchon fibreux, avec la trachée et l'œsophage, ainsi que le péricarde renfermant le cœur.

Alors une dissection attentive permet de séparer l'aponévrose moyenne du péricarde et de mettre tout à fait à nu la tumeur du cou.

On découvre ainsi un troisième petit lobe kystique très fluctuant, ayant à peu près le volume et la forme du pouce de la main, qui descend verticalement, appliqué à la face antérieure du péricarde et des gros vaisseaux de la base du cœur. Cette petite poche kystique nettement isolée du reste de la tumeur à laquelle elle se rattache par un mince pédicule fibreux, passe au devant du tronc veineux brachio-céphalique gauche qu'elle comprime ; ce fait explique l'œdème du bras gauche, et la circulation collatérale très développée à la racine du membre que l'on avait observé du vivant du malade.

Parallèlement à cette petite tumeur kystique, un peu à sa droite, on voit une sorte de petit appendice d'apparence glandulaire, très longuement pédiculé dans sa partie supérieure et dont l'extrémité inférieure s'élargit et s'étale comme une feuille. Ce petit organe sans adhérence aucune était également appliqué par l'aponévrose cervicale moyenne sur la face antérieure du péricarde.

L'examen histologique a montré que c'était un débris du thymus, dont la présence d'ailleurs est ici un fait accessoire et sans importance.

L'incision de la tumeur du cou a montré qu'il s'agissait d'un goître ancien ayant subi en grande partie la transformation col-

loïde. L'enveloppe fibreuse est extrêmement épaisse ; il en part des cloisons qui se subdivisent pour former des aréoles. Dans ces aréoles est logée une substance mucilagineuse d'un jaune ambré qui par endroit est teinté de sang. Dans le lobe droit existe une cavité kystique de la dimension d'un œuf de pigeon, à parois très épaisses, remplie d'un liquide jaunâtre. Le contenu de la petite poche kystique qui plongeait derrière le sternum est exclusivement formé par un liquide jaune transparent. Les parois de la poche sont très minces.

L'ouverture du conduit laryngo-trachéal montre que la trachée n'était nullement conprimée et que son calibre était conservé dans toute la longueur. Le larynx offre à noter les particularités suivantes : La corde vocale gauche est plus mince que la droite, elle est de plus affaissée et se dirige verticalement en bas au lieu de rester horizontale comme du côté opposé. La cavité du ventricule du larynx est beaucoup plus petite à gauche qu'à droite ; enfin il existe sur le bord de la corde vocale gauche à l'union du 1/3 postérieur avec les 2/3 antérieurs, un petit kyste du volume d'un petit grain de plomb.

Les ganglions trachéo-bronchiques sont volumineux, infiltrés de pigment noir, très adhérents aux organes du hile du poumon.

Le poumon gauche est hépatisé dans son 1/3 inférieur.

Les autres organes n'offrent rien de bien particulier à signaler. Le cœur présente une coloration feuille-morte assez accentuée de son tissu ; pas de lésions valvulaires, athérome aortique, sur le péricarde viscéral, quelques plaques laiteuses anciennes, mais pas d'adhérences avec le feuillet pariétal.

Les reins sont légèrement scléreux. Le foie est simplement congestionné. Enfin, l'encéphale ne présente aucune lésion malgré l'athéromanie notable des artères cérébrales. Le bulbe est sain également, on constate seulement à la surface du quatrième ventricule du côté gauche une petite tache ecchymotique sous épen-

dymaire, pas de lésions centrales : le cerveau pèse 1520 grammes.

Observation VI

Thyroïdectomie. Goître exophtalmique consécutif.
In thèse Chrétien. *De la thyroïdectomie.*

V. Doud..., 36 ans, couturière, entre le 1er juin 1888 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le Dr Gouraud, salle Viel, n° 16.

Les antécédents héréditaires de la malade ne présentent rien de particulier. Réglée à 14 ans elle a eu un premier enfant à 16 ans. La menstruation a toujours été irrégulière et peu abondante. Elle vint à Paris il y a cinq ans ; à cette époque, son cou avait grossi et elle était fatiguée par des vomissements très fréquents. Admise à l'hôpital de la Charité (1883) dans le service du professeur Hardy, elle est examinée par M. Gosselin qui propose la thyroïdectomie,

Après l'extirpation du goître, les vomissements ne cessèrent pas. Le caractère de la malade se modifia ; elle devint excitable, irascible. Elle dit avoir eu une attaque convulsive il y a un an, attaque qui se serait renouvelée depuis six mois. A la même époque, elle s'aperçut que ses yeux devenaient plus saillants; elle éprouva depuis ce moment des palpitations de cœur fréquentes, et un tremblement léger des mains.

Etat actuel. — L'ophtalmie double, modérée, sans troubles fonctionnels de la vue. Palpitations assez fréquentes. Tremblement prononcé surtout aux mains. Diarrhée et vomissements qui surviennent par crises, sans cause appréciable, et disparaissent après avoir duré 15 jours ou trois semaines.

Aspect de la peau, normal. Sensibilité intacte. Sensation cons-

tante de chaleur, besoin incessant de changer de place. Caractère irritable. Intelligence conservée. Pas de symptômes de myxœdème. Bon état général. Au devant du cou, on voit la cicatrice en V formée à la suite de la thyroïdectomie ; et à droite, près de la clavicule, une cicatrice plus petite au niveau d'un drain qui passait à cet endroit. La palpation ne permet pas de retrouver des traces du corps thyroïde.

Observation VII

Sarcome du corps thyroïde ayant donné lieu à tous les symptômes du goître exophtalmique. Ablation de la tumeur par M. Tillaux. Guérison de tous les accidents.

In thèse Benard (résumée).

Il s'agit d'un homme de 33 ans, chez lequel un goître s'est développé, sur l'influence de l'hérédité, puisque dans les antécédents du malade on trouve la mère et une des tantes atteintes de goître. Ce goître paraît avoir subi à un moment donné la dégénérescence sarcomateuse, et par son augmentation de volume, avoir donné lieu aux troubles physiques et fonctionnels du goître exophthalmique.

C'est environ deux mois après le début du goître que parut l'exophtalmie. L'iode administré contre ce goître qui paraissait héréditaire, donna des résultats nuls, mais fâcheux ; survinrent bientôt des accès de suffocation se reproduisant par intervalles, des palpitations violentes, et avec l'exophtalmie très marquée des deux yeux un certain degré d'amblyopie surtout dans les mouvements brusques pour se relever. Nous voyons en même temps signalée chez ce malade une transpiration abondante de la partie supérieure du tronc et de la tête, preuve de troubles fonctionnels des vaso-moteurs qui dans ces cas de goître exophtal-

mique ont été décrits dans les vaisseaux de la moitié supérieure du corps (Ball).

Ajoutons à cela le souffle dans les vaisseaux, les modifications de caractère se manifestant par une irritabilité, une agitation nerveuse spéciale, la présence de quelques mouvements choréiformes dans les membres, et on a tous les symptômes du goître exophtalmique.

Tous ces troubles disparurent à la suite de l'extirpation du goître, accès de suffocation, exophtalmie, palpitation, dysphagie, etc.

Observation VIII

Goître kystique ayant donné lieu à la triade du goître exophtalmique. Opération par les caustiques. Guérison de tous les symptômes. (*Ollier*, de Lyon, in thèse d'Agrégation de Boursier). *Résumée.*

Mlle M..., 21 ans, a vu survenir, il y a trois ans, une petite grosseur sur le côté droit du cou ; cette grosseur augmente peu à peu, malgré un traitement, puis la dyspnée survient, avec des battements de cœur continuels.

Amaigrissement notable, insomnie, symptômes qui s'aggravèrent graduellement.

La trachée était déviée à gauche, le goître descendait jusqu'au sternum, et paraissait même s'étendre un peu derrière lui. Les battements du cœur étaient tumultueux, 160 à la minute.

Il y avait une saillie des globes oculaires, en un mot tous les symptômes évidents de la maladie de Bazedow.

De chaque côté de la tumeur, on fit une section au bistouri des parties superficielles jusqu'à la poche, et on applique à ce niveau la pâte de Canquoin, de midi à 7 heures 1/2 du soir. Le traite-

ment fut continué, la malade conserva un drain pendant plusieurs mois, et quand on le lui enleva on plaça un petit tube sur un des orifices pour continuer les injections.

. Le tube resta en place pendant une année. A cette époque, la tumeur avait à peu près disparu, ainsi que la plupart des symptômes généraux qui l'avaient accompagnée.

Deux ans plus tard, la malade fut revue par M. Ollier ; il restait encore un peu d'exophtalmie, mais le cœur avait régularisé ses battements qui étaient à 80°.

En somme, chez cette malade, on voit d'abord apparaître une tumeur thyroïdienne, par de la dyspnée, des battements du cœur tumultueux, de l'accélération extrême du pouls ; enfin apparut de l'exophtalmie. On remarquait aussi, outre l'amaigrissement et l'insomnie, des troubles de la menstruation. Ne retrouvons-nous pas encore la plupart des symptômes de la triade classique ?

Observation IX (résumée).

Goître exophtalmique. — Thyroïdectomie par M. Tillaux. — Guérison. — Disparition de tous les symptômes (*Bulletin de l'Académie de médecine*). Résumée.

Une femme de 29 ans, fille de goîtreuse, avait elle-même un goître volumineux de consistance solide allant du cartilage thyroïde à la fourchette sternale, derrière laquelle il se prolongeait un peu. Puis, se développèrent des symptômes de la maladie de Bazedow. Consistant en tachycardie (90 à 100 pulsations à la minute), troubles de la vue, troubles vaso-moteurs, troubles respiratoires, éruptions cutanées fréquentes avec démangeaisons, modification du caractère. Le 28 janvier 1880, M. Tillaux fit la thyroïdectomie; la malade guérit ; le pouls revint à 80 ; les accès

de suffocation, les troubles oculaires disparurent ; l'état général s'améliore et la malade conservait encore cet état satisfaisant au commencement de 1882.

Observation X

Hérédité similaire dans un cas de maladie de Bazedow. — Disparition du goître par des injections de teinture d'iode. Thyssen, *Progrès médical,* 1889.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, fille d'une mère atteinte elle-même de maladie de Bazedow, et issue d'une famille où les tares nerveuses prédominaient à l'extrême.

Cette femme présentait un goître volumineux, accompagné d'un tremblement des mains et des pieds, de temps en temps plus marqué de tachycardie et d'insomnie, d'une exophtalmie peu considérable. On ne put constater chez cette malade ni l'arythmie cardiaque, ni l'œdème des membres inférieurs, ni les phénomènes si fréquents d'angine de poitrine. Il n'y avait pas non plus de sueurs, de manifestations cutanées ou paralytiques, aucun trouble viscéral, peu de dérangement du caractère.

La malade souffrait, disait-elle, plus moralement que physiquement ; son grand ennemi était son goître qui par sa dimension l'obligeait à des artifices de toilette pour dissimuler cette infirmité.

Sous l'influence des injections intra-parenchymateuses de teinture d'iode, le goître diminua jusqu'à ne plus dépasser les dimensions d'une noix, et avec cette diminution de volume tous les autres symptômes s'amendèrent.

S'est-il agi d'un goître exophtalmique ou même d'un pseudo-goître exophtalmique ?

Observation XI (résumée).

Goître kystique. Maladie de Bazedow. Guérison.
Dubreuil. Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Eloi (de Montpellier).
(*In Gazette médicale de Paris*, août 1887).

Homme de 22 ans, né dans un villlage des Pyrénées-Orientales ; il n'a jamais eu de goîtreux dans sa famille, c'est à l'âge de 20 ans qu'il a remarqué pour la première fois que son cou grossissait. La tumeur a toujours été en croissant et à l'âge de 21 ans il a été exempté du service militaire comme atteint de goître.

Le malade entre à l'hôpital, et on s'aperçoit à ce moment qu'il a un regard étrange, dû à la saillie des globes oculaires; le pouls radial est fréquent (120 pulsations). Au cœur, l'impulsion est exagérée. Souffle doux au premier temps, à la pointe. Aucun trouble psychique.

A ce moment, on se décida à pratiquer l'énucléation du goître; parallèlement, quelques jours après l'opération, le malade fut soumis à l'administration de la teinture de digitale. Peu à peu on constate que le pouls perdait sa fréquence, en même temps que la saillie des globes oculaires et la dilatation des pupilles diminuaient.

Ce fait est donc à rapprocher de ceux de Ollier, de Tillaux...

Observation XII

Goître exophtalmique avec exophtalmie unilatérale concordant avec une augmentation du corps thyroïde très marquée du côté correspondant.

(Eales. *Britisch med. Journal*, 1878).

La malade, âgée de 22 ans, domestique, est atteinte de la maladie de Graves ; elle a souffert d'exophtalmie depuis huit ans. Cette exophtalmie est unilatérale et siège du côté droit, elle est accompagnée d'augmentation du corps thyroïde qui est très marquée à droite, il y a de l'anémie, le pouls est irrégulier et intermittent : un murmure systolique s'entend à la base du cœur et sur les gros vaisseaux du cou, et il y a un redoublement du premier bruit du cœur. Les pupilles sont de même volume. Le côté droit de la face paraît plus développé que le gauche.

Les vaisseaux rétiniens dans les deux yeux sont pleins et tortueux, surtout les veines. Il n'y a pas de différence dans les deux yeux à cet égard.

L'œil droit fait une saillie d'environ un demi-pouce, mais il n'y a pas de déplacement d'aucun côté ou de gêne dans l'action des muscles droits. L'hypermétropie existe dans les deux yeux, mais s'étend plus à droite qu'à gauche.

Observation XIII (1).

Détermeyer (*Deutch, med. Woch.*, 1893), publia un cas qui confirme les bons résultats que peut donner le *traitement opératoire de la maladie* de Bazedow.

L'observation qu'il publie se rapporte à une femme de 35 ans qui présentait le tableau classique de la maladie de Bazedow dont le début remontait à 3 ans. Devant l'affaiblissement progressif de la malade et l'échec de la médication habituelle, on n'hésita pas à faire la thyroïdectomie partielle d'après le procédé de Kocher. Huit jours après l'opération, le tremblement avait disparu, le pouls était descendu de 140 à 100 ; l'appétit, le sommeil étaient revenus. L'amélioration n'a fait, du reste, que s'accentuer et lorsque la malade fut revue, quatre mois plus tard, elle avait engraissé de 35 livres.

L'exophtalmie avait diminué, la glande thyroïde s'était atrophiée en partie et la malade se sentait aussi bien que possible.

Observations XIV, XV.

On peut citer d'autres cas :

Mac Naughton Jones, chirurgien à Cork ophtalmic and aural hospital, a publié en 1874, *In Britisch med. Journal*, un cas de goître exophtalmique anémique traité par un séton à travers le goître et par la digitale. Guérison.

1. Quelques faits relatifs à la pathologie du corps thyroïde. *Gazette hebdomadaire*, 13 mai 1893, n° 19.

C'est ainsi que Patrick Hirin Watson, en 1873, dans un article sur l'excitation de la glande thyroïde, indique que sur quatre cas d'ablation de goître suivis de succès, il en existait au moins trois accompagnés de symptômes d'anémie et d'exophtalmie. Mais comme ce point paraît tout à fait secondaire dans son mémoire, il ne s'étend pas sur ce sujet ; il dit seulement à propos d'un de ces cas (un goître kystique multiloculaire, opéré en 1871), que la guérison fut complète en trois semaines, et que l'anémie et l'exophtalmie qui existaient à son entrée à l'hôpital diminuèrent d'une manière marquée après l'opération.

1° *Etude comparée des symptômes cliniques du vrai et du faux goître exophtalmique.*

Toutes ces observations dont quelques-unes sont seulement résumées, dont les autres sont données *in extenso,* sont caractérisées par le même fait. La préexistence aux troubles circulatoires et à l'exophtalmie, de la tumeur thyroïdienne. Dans toutes ces observations, il est fait mention des symptômes assez accentués et assez nets, pour que les auteurs n'hésitent pas à les ranger sous la rubrique générale : « Goître ancien se compliquant des symptômes du goître exophtalmique. Dans un grand nombre de cas, le traitement chirurgical du goître a suffi à faire disparaître les symptômes consécutifs, d'autres fois le seul traitement médical du goître a fait cesser les phénomènes morbides qu'il avait provoqués.

Ces faits sont donc tous comparables entre eux et c'est pourquoi nous les avons réunis dans un groupe unique.

Ce que nous voulons montrer, c'est que sous l'apparente similitude de ces faits avec ceux dont on se sert pour établir la description de la maladie de Bazedow, se cachent des différences cliniques appréciables.

Pour ce faire, nous examinerons successivement et comparativement les grands symptômes de la triade de Bazedow ; nous rapprocherons ces symptômes de ceux prévus par nos observations et nous en déduirons les ressemblances et les différences.

Le goître dans la maladie de Bazedow (1).

Beaucoup d'auteurs (Rendu, *Dict. Encyclopédique*) se servent à dessein, et avec beaucoup de justesse à notre sens, du terme de « *Tumeur thyroïdienne* » pour caractériser le gonflement de la glande qui accompagne les autres symptômes de la maladie. Il est certain, en effet, que l'élément vasculaire joue un rôle capital dans la tuméfaction

1. Nous insistons encore sur ce point que nous n'avons en aucune façon l'intention de refaire la symptomatologie de la tumeur thyroïdienne dans la maladie de Bazedow. Nous dirons seulement les points principaux de son aspect clinique connu pour les opposer aux phénomènes qui caractérisent les cas qui nous occupent actuellement.

de la glande (bronchocèle vasculaire des Anglais), alors que l'élément glandulaire subit peu ou pas de modifications.

Quoiqu'il en soit, en général, la tumeur thyroïdienne s'accroît progressivement, par poussées successives, produisant plutôt un élargissement de la base du cou, qu'une tumeur véritable. La palpation permet de reconnaître une sorte de mollesse des tissus, et surtout un mouvement d'expansion qui soulève à chaque systole cardiaque toute la région cervicale inférieure.

Nous n'insisterons pas sur les troubles fonctionnels qui ressortissent à l'hypertrophie de la glande, gêne de la respiration, compression de la trachée, accès de suffocation, cyanose.... Ces phénomènes sont plus ou moins internes, suivant le développement plus ou moins considérable de l'hypertrophie thyroïdienne.

Leur apparition, leur ordre de succession subissent les mêmes variations, quelle que soit la nature du gonflement thyroïdien, il est donc inutile d'y insister ici.

Une particularité fréquente, et d'intérêt extrême est l'existence de pulsations souvent unilatérales susceptibles d'être prises pour une tumeur anévrysmale circonscrite.

Cette tumeur, surtout de la nature vasculaire, subit évidemment toutes les influences qui modifient la circulation des vaisseaux, et de même que les palpitations cardiaques peuvent à la longue se

compliquer de véritables lésions du cœur, de même à la longue la congestion de la glande thyroïde peut s'accompagner de modifications de structure de la glande elle-même. De là, les aspects différents trouvés à l'autopsie.

Enfin au point de vue de l'évolution de la névrose, le goître constitue en quelque sorte un symptôme accessoire, en ce sens, que loin d'apparaître comme un phénomène précoce, il n'est qu'un signe assez tardif, apparaissant presque toujours, sinon le dernier, de la triade symptomatique, au moins après l'apparition de la tachycardie.

D'après G. Sée (*Traité des maladies du cœur*) on pourrait, d'après leur chronologie, diviser ainsi les symptômes du goître exophtalmique.

1° Etat du cœur et des artères (symptôme primordial).

2° Tremblements, exophtalmie, groupe nervomoteur.

3° Goître et lésions trophiques.

C'est là peut-être une classification bien schématique mais on peut dire que, dans la règle, les accidents évoluent ainsi qu'il suit : (Rendu).

Les battements de cœur ouvrent la marche.

L'hypertrophie thyroïdienne et l'exophtalmie suivent, soit simultanément, soit successivement, les troubles viscéraux arrivent vers la même époque, mais ils peuvent aussi parfois précéder toute autre manifestation morbide.

Tel est, brièvement décrit, l'aspect clinique

offert par la tumeur thyroïdienne, laquelle fait partie intégrante de la maladie de Bazedow.

Opposons ces caractères à ceux qui nous sont fournis par l'analyse minutieuse des observations que nous groupons dans cette étude.

Goître dans le pseudo-goître exophtalmique.

Ce qui frappe surtout à la lecture des nombreux faits que nous avons pu lire, et de ceux que nous avons choisis pour le résumer dans cette étude, c'est que le goître fut toujours le phénomène primitif, précédant de très loin souvent les autres phénomènes morbides qui, dès leur apparition, font alors penser à la triade de Bazedow.

Très souvent, le goître datait de l'enfance (Obs. I. Obs. II, où le goître survint 22 ans avant les autres accidents. Obs. III, goître à l'âge de 12 ans, 23 ans avant l'apparition des palpitations. Obs. V, 25 ans avant les autres phénomènes. Obs. VIII, 3 ans. Obs. VII, 2 mois).

Dans une seule observation VII, les phénomènes survinrent deux mois après l'apparition du goître, c'est-à-dire d'une façon assez précoce ; dans tous les autres cas, il s'est agi d'une tumeur survenant dans l'enfance, très souvent d'un goître endémique, très souvent aussi d'un goître héréditaire (Obs. II), pour ainsi dire, car tous les membres de la famille en étaient atteints.

Le goître fut dans tous ces cas, soit simple, soit kystique, soit sarcomateux ; presque jamais il ne s'est agi de cette tumeur vasculaire affectant les caractères évolutifs et les alternatives d'augmentation et de diminution de volume observés sans la moindre influence dans le goître de la triade de Bazedow.

Ce n'est donc qu'à la suite de l'apparition de ce goître que parurent les autres phénomènes morbides. Exophtalmie, troubles cardiaques, mais aussi après la disparition du goître, soit à la suite de l'intervention chirurgicale, soit seulement après un traitement médical approprié, tous les symptômes secondaires disparurent.

Laissant pour le moment de côté toute discussion pathogénique et tout essai d'interprétation, nous ne pouvons qu'affirmer ceci : La tumeur thyroïdienne paraît avoir été la cause d'une grande partie des accidents, puisque cette cause étant enlevée, tous les accidents disparurent.

Nous verrons ultérieurement si c'est ainsi que les faits méritent d'être interprétés.

De l'exophtalmie et des troubles cardiaques dans la maladie de Bazedow, et dans les pseudo-goîtres exophtalmiques.

Analysons maintenant, comme nous venons de le faire pour le goître, les autres phénomènes pri-

mordiaux de la maladie de Bazedow et nous voyons comparativement par quoi ils se rapprochent et comment ils diffèrent des phénomènes qu'ont présentés les malades de nos observations.

Et d'abord l'exophtalmie :

Dans la maladie de Bazedow, elle apparaît en même temps que le goître, ou peu de temps après ; les yeux sont plus brillants, plus ouverts, le regard prend ce quelque chose d'étonné et de bizarre qui attire presque immédiatement l'attention, et les globes oculaires font saillie en dehors des cavités orbitaires ; cette exophtalmie est double et symétrique ; elle n'entraîne pendant longtemps aucun trouble de la vision, ni des mouvements des yeux ; des inconvénients sérieux viennent seulement quand la saillie des yeux est excessive, inconvénients qu'il est inutile de signaler en ce moment, car ils sont presque tous d'origine mécanique et produits par la saillie insolite des globes oculaires.

A vrai dire, au point de vue unique de l'exophthalmie, il ne se dégage pas de fait bien saillant de la lecture de nos observations. La saillie des globes oculaires n'est que mentionnée, elle n'est pas décrite. Il semble aux auteurs qu'elle est chose naturelle, puisqu'ils n'hésitent pas à porter le diagnostic du « goître exophtalmique », et ils ne s'en occupent pas davantage.

Et cependant, en y regardant de plus près, nous sommes frappés d'un fait signalé dans toutes les observations ; à savoir : la légèreté de l'exoph-

thalmie, qui dans tous les cas n'est pour ainsi dire qu'un phénomène ébauché.

Ainsi :

Obs. II. — L'exophtalmie, quoiqu'elle ne soit pas très prononcée est indiscutable; le globe oculaire est *totalement recouvert par l'occlusion des paupières.*

Obs. III. — L'exophtalmie n'est même pas mentionnée.

Obs. IV. — Exophtalmie légère.

Obs. V. — Les yeux sont brillants, mais pas saillants.

Obs. VI. — Exophtalmie modérée et ainsi des autres observations.

Si la saillie des globes oculaires est presque partout signalée, elle est peu importante et ne fut jamais assez considérable pour entraîner à sa suite le moindre trouble de la vision.

Est-ce bien ainsi qu'évolue l'exophtalmie dans la triade de Bazedow! Certainement non, nous l'avons mentionné plus haut, et il suffit pour s'en convaincre de lire à ce sujet les descriptions détaillées.

Existe-t-il des différences dans les phénomènes cardiaques?

Les difficultés sont plus grandes ici et pour différentes raisons; les accidents cardiaques méritent d'être analysés de près.

Sans reprendre la description des troubles de la circulation observés dans la maladie de Bazedow,

ce qui nous entraînerait trop loin, nous insisterons seulement sur leur extrême importance clinique dans cette névrose.

« La définition de la maladie de Bazedow n'est pas encore complète, dit le professeur Sée (*loc. cit.*), mais d'ores et déjà, comme il n'y a qu'un seul *symptôme constant, primitif, fondamental*, à savoir, *le cœur accéléré* ou *tachycardie*, on peut dire qu'il s'agit avant tout d'une paralysie, soit centrale, soit périphérique des nerfs vagues ».

Depuis les travaux de M. Ballet, c'est sur la *tachycardie* que viennent se greffer les autres manifestations, l'exophtalmie, le goître, etc.

M. Ballet a dit : La tachycardie est le signe que l'on rencontre *toujours*, même dans les formes frustes.

C'est cette même idée que nous trouvons excellemment exposée par M. Rendu.

« En général, on peut dire que l'élément fondamental de la maladie de Graves est l'excitabilité cardiaque. Les palpitations, ou tout au moins l'accélération de battements du cœur, ne font presque jamais défaut : elles existent souvent, même sans que les malades en aient conscience ; ce qui explique peut-être certains cas, trop légèrement admis, dans lesquels les phénomènes initiaux apparents ont été l'exophtalmie et le goître.

Ces *troubles cardiaques* peuvent constituer l'unique manifestation de l'affection, comme cela s'observe dans certaines familles où la névrose est

héréditaire et où d'autres personnes présentent au complet la triade symptomatique.

Or, pouvons-nous assimiler les manifestations cardiaques relatées dans nos observations, à ce trouble si important de la maladie de Bazedow, à ce phénomène spécifique, pour ainsi dire ?

Nous ne le croyons pas.

Le plus souvent dans les cas que nous rapportons, il ne s'est pas agi de ces palpitations nerveuses avec tachycardie survenant par crises, de cet éréthisme vasculaire, de ces battements artériels si évidents au cou, si intenses qu'ils font de la tumeur thyroïdienne une véritable tumeur pulsatile.

Il s'est agi, à n'en pas douter, d'accidents relevant d'une altération profonde du cœur, se traduisant par l'asystolie et son cortège classique de symptômes associés : dyspnée, œdèmes.

Dans la plupart des observations, l'œdème des membres inférieurs existait depuis plusieurs mois ; l'oligurie était manifeste ; l'albumine est aussi fréquemment notée ; enfin, il existait des congestions passives des viscères.

A ces faits, on pourrait cependant objecter que dans la maladie de Bazedow les troubles cardiaques, d'abord purement nerveux, peuvent aboutir à de véritables altérations du muscle ou des valvules ; à l'appui de ceci, on peut citer les observations de Parry, Vogt, Hervieux, Rendu.

Ne sait-on pas aussi que des accès d'asystolie

peuvent survenir dans le cours du goître exophtalmique, faits sur lesquels M. Debove (1) a appelé l'attention; il est vrai d'ajouter que ces accidents, dans la névrose de Bazedow, sont essentiellement passagers, sont amendés par la digitale, ne relèvent pas d'une affection organique du cœur, mais procédant au contraire d'un trouble de l'innervation cardiaque.

Ainsi donc, de l'étude comparée des trois grands symptômes, qui caractérisent le triade symptomatique de la maladie de Bazedow, et qui se rencontrent aussi dans les cas que nous étudions, ressortent déjà des différences cliniques assez considérables.

L'exophtalmie est inconstante ou ébauchée, les accidents cardiaques diffèrent dans leur évolution habituelle, le goître surtout se distingue par ses caractères d'ancienneté, d'endémicité, d'hérédité, de la tumeur thyroïdienne, de la névrose, que spécifient sa vascularisation, les variations successives de son volume, les pulsations qui l'animent.

1. Debove. *Bulletin de la société médicale des hôpitaux*, 1880.

Les symptômes secondaires dans la névrose de Bazedow et dans le faux goître exophtalmique.

Les différences cliniques s'accentuent encore si l'on examine les symptômes secondaires du goître exophtalmique, ceux que l'on pourrait appeler : *Les petits signes de la maladie de Bazedow* ».

On sait, sans qu'il soit nécessaire de les décrire dans leur phénoménalité clinique intime, qu'associés au goître, à la tachycardie, à l'exophtalmie, existent de nombreux symptômes qui acquièrent parfois, au cas de forme fruste, une valeur séméiologique considérable.

Dans ce groupe, doivent rentrer les *symptômes nerveux*. Excitabilité générale, troubles psychiques, délire, convulsions, les tremblements, dont l'importance clinique est si grande, les accidents paralytiques, hypéresthésies, névralgies ; les troubles secrétoires et vaso-moteurs ; sueurs, polyurie, glycosurie accidentelle, les troubles de calorification, bouffées de chaleur, poussées congestives subites, sensation de chaleur constante ; les troubles viscéraux, diarrhée ; les troubles des fonctions génitales, leucorrhée, névralgies utérines, les modifications de la peau, les éruptions cutanées.

Ces symptômes secondaires se rencontrent-ils

au cas de pseudo-goître exophtalmique avec une suffisante netteté pour acquérir une valeur séméiologique sérieuse?

Voyons d'abord le *tremblement :*

Nous le signalons en premier cas, depuis les travaux de Charcot, de M. Marie, on est en droit de le considérer comme un symptôme *très fréquent,* à peu près constant même.

Or, sur nos 15 observations, nous ne le voyons signalé que trois fois. Douze fois, il ne paraît pas avoir existé ; en tout cas les auteurs sont muets à ce sujet.

Dans les trois observations où ce symptôme est signalé, une fois (Obs. XIII) il n'est pas décrit. On trouve seulement cette courte mention :

« Huit jours après l'opération, le tremblement avait disparu. »

Dans les observations IV et V, ce symptôme a existé de façon assez nette. Voici ce qui est écrit à ce sujet.

Obs. IV. — Le tremblement est rapide et très manifeste aux mains, les oscillations sont peu étendues, tout le membre supérieur tremble ; les doigts ne semblent pas trembler dans leùrs articulations propres. Lorsque la malade est assise ou couchée, les jambes ne tremblent pas, c'est le contraire dès qu'elle se tient debout.

Obs. V. — Le malade présente un tremblement très particulier des membres supérieurs, lorsqu'on lui fait étendre le bras en avant. Il n'a jamais fait

d'excès alcooliques, et d'ailleurs, ce tremblement n'offre pas les caractères du tremblement éthylique.

Il n'existe pas de mouvements isolés des doigts, mais lorsque les mains sont étendues on constate qu'elles sont animées de petites oscillations extrêmement rapides et de peu d'étendue.

Il est difficile de les compter exactement ; c'est une véritable *vibration* de tout le membre supérieur, mais on peut dire approximativement qu'il y a une dizaine d'oscillations par seconde.

Quand on saisit à pleine main le bras ou l'avant-bras du malade, le tremblement dont le membre est secoué est très nettement perçu. Il n'est bien apparent que dans les mouvements volontaires, dans l'acte d'étendre le bras ou de serrer la main, par exemple : si l'on fait mettre le malade debout, il est immédiatement pris d'une trépidation rapide qui le secoue dès pieds à la tête. Les oscillations ne sont guère plus amples que lorsque le malade était couché, mais si l'on met la main sur la tête ou sur l'épaule du malade, on sent très bien qu'il vibre pour ainsi dire de tout son corps, les jambes flagellent légèrement et transmettent leurs mouvements au tronc et à la tête. Le malade porte un verre à sa bouche avec la plus grande aisance, sans dévier de son but et sans que son tremblement s'exagère au moment où il va l'atteindre. La marche n'offre rien à noter, si ce n'est qu'elle est très pénible à cause des palpitations et de la dyspnée qu'elle provoque.

Cette observation est la seule où le tremblement soit bien observé et bien décrit, le seul où le signe puisse être comparé à ce que l'on trouve dans la triade classique. On sait, en effet, que dans cette névrose, quand il est bien accentué, le malade est dans un état de vibration perpétuelle, les muscles sont animés de mouvements fébrillaires; parfois le tremblement se localise aux extrémités comme dans l'alcoolisme; les oscillations sont régulières et rapides (environ 8 à 9 par seconde).

L'analogie est donc frappante.

Mais n'oublions pas que c'est un fait bien rare dans les cas que nous étudions puisque quatorze fois sur quinze il manque ou ne présente aucun des caractères qui le rendent presque pathognomonique.

Nous ne dirons que quelques mots des autres troubles nerveux.

La diarrhée est signalée, dans l'Observation III, en même temps que les troubles du caractère et la sensation permanente de chaleur, par contre dans ce cas, il n'y a ni exophtalmie ni tremblement.

Dans l'observation V, où le tremblement était si évident, on ne trouve pas la moindre mention de phénomènes secondaires.

Dans l'observation VII, les modifications du caractère, se manifestent par une irritabilité, une agitation nerveuse spéciale, la présence de quel-

ques mouvements choréiformes, sont les seuls phénomènes qui rappellent les « petits signes » du goître exophtalmique.

Dans l'Observation VIII, l'amaigrissement et l'insomnie, les troubles de la menstruation sont signalés rapidement.

Dans l'observation IX, on fait mention de troubles vaso-moteurs, de troubles respiratoires, d'éruptions cutanées avec démangeaisons, de modifications de caractère.

Les autres observations sont muettes sur ces points.

Evolution des symptômes dans la névrose et dans les faux goîtres.

Ainsi que le dit M. Rendu, dans son remarquable article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* le goître exophthalmique affecte une marche irrégulière, et ses débuts surtout sont souvent marqués par des phénomènes accessoires qui peuvent faire reconnaître pendant quelque temps la véritable nature de l'affection.

Etant donnés ces symptômes, voyons maintenant dans un rapide exposé comment ils évoluent dans l'un ou l'autre cas.

Il est certain que nos observations, qui sont surtout caractérisées par l'allure lente, chronique de

l'affection, par la préexistence d'un goître longtemps avant les symptômes qui permettent un moment de croire à l'existence de la maladie de Bazedow, ne sauraient être confondues avec cette forme rapide, aiguë pour ainsi dire du goître exophthalmique. D'ordinaire, dans ces cas, après une vive impression morale, des battements du cœur apparaissent, sous forme de palpitations violentes, puis la tuméfaction du cou et la saillie des globes oculaires ne laissent aucune place au doute.

Ici encore, n'est-ce pas pour ainsi dire, la règle absolue ? Ce sont les troubles cardio-vasculaires qui ouvrent la scène, précédant de quelques jours seulement, puisqu'il s'agit d'une évolution aiguë, l'apparition des autres symptômes, goître, exophtalmie, qu'ils semblent provoquer jusqu'à un certain point.

Nous laissons donc ces faits de côté, pour n'envisager, au point de vue de l'évolution clinique, que ceux où la triade de Bazedow se développe d'une façon lente et graduelle.

Ici, eu égard aux différences cliniques, il y a lieu de distinguer plusieurs catégories de malades.

Or, si parfois, la saillie des globes oculaires donnant au regard cette physionomie singulière, si le goître qui accompagne l'exophtalmie, sont les premiers troubles visibles, précédant dans l'ordre d'apparition les phénomènes fonctionnels classiques, il est infiniment plus fréquent que bien

avant l'apparition du goître et de l'exorbitisme les malades se plaignent d'étouffements, *de palpitations,* de bouffées congestives de troubles nerveux multiples.

Cette façon d'être est la forme classique quelque soit le mode de début, lorsque la maladie est déclarée, elle suit en général une marche régulière, elle procède par poussées successives, de telle façon que, en quelques heures, on voit le cou grossir, le goître prendre des proportions notables, la saillie des yeux s'accentuer au point que l'on a signalé la luxation du globe oculaire en dehors de la fente palpébrale (Trousseau).

Ainsi va la maladie, par crises graves, laissant entre elles des périodes d'accalmie, où tous les symptômes ne persistent qu'à l'état d'ébauche et semblent même disparaître complètement.

Par contre et par opposition aux faits précédents, dans toutes nos observations le goître a précédé d'un grand nombre d'années l'exophtalmie et surtout les manifestations cardiaques.

De plus, et c'est par ceci que nous terminerons l'analyse critique parallèle des différents symptômes, les accidents dans nos observations surviennent d'ordinaire à un âge avancé, tandis que la maladie de Bazedow s'observe surtout entre 20 et 30 ans ; celle-ci est beaucoup plus fréquente chez la femme pendant la durée de la vie menstruelle et devient une grande exception après la ménopause.

PATHOGÉNIE

Tels sont les faits :

Il nous semble, après les avoir minutieusement analysés en leurs principaux détails, qu'il n'est pas illogique d'affirmer que les raisons cliniques ne manquent pas pour distinguer le goître exophtalmique vrai, de ces accidents analogues parfois, mais dont la signification et l'évolution sont bien différentes.

Quelle peut être l'explication de ces phénomènes? Il ne nous appartient pas de juger les théories proposées par la maladie de Bazedow, et de prendre un parti qui, en aucune façon, ne pourrait être définitif.

Seule, une hypothèse est permise, laquelle ainsi que toutes les hypothèses, sera affirmée ou contredite, à la suite des travaux qui ultérieurement seront faits sur cette même question.

Actuellement, le goître exophtalmique est considéré par la presque unanimité des auteurs, comme une maladie de tout le système nerveux, comme une névrose générale.

Cette conception paraît être la seule qui donne une idée satisfaisante de cet ensemble symptoma-

tique, si complexe, qui comprend, outre la triade classique, tachycardie, goître, exophtalmie, toute cette série de troubles dits plus haut, et dont on ne peut donner la raison sans invoquer un trouble général du système nerveux.

« La seule conception qui soit acceptable, dit M. Marie, est celle d'une *névrose*, non pas seulement d'une névrose cardiaque, comme l'ont dit un grand nombre d'auteurs et comme l'enseignent la plupart des traités de pathologie, mais d'une *névrose générale.* »

Ceci est évident pour le goître ophtalmique véritable ; est-ce exact pour les faits que nous avons résumés, la même explication est-elle possible pour les deux ordres de phénomènes ? Nous ne le croyons pas.

Il est hors de doute d'abord que la tuméfaction du corps thyroïde n'est pas une condition indispensable pour la production du syndrôme de Bazedow ; au contraire, même le vrai goître exophtalmique est indépendant de toutes lésions du corps thyroïde. Des exemples nombreux et de divers ordres peuvent permettre d'affirmer cette assertion.

M. Rendu dit avec raison : Il n'y a aucun rapport à établir entre ces deux maladies (goître simple et triade de Bazedow), de nature différente. En Suisse, dans le canton de Vaud, où règne à l'état endémique le goître, la névrose est inconnue. En Irlande, pays de la névrose, il n'y a pas de goîtreux ».

Bien plus, il est des cas où la névrose est survenue chez des malades après l'ablation du corps thyroïde. Nous rapportons un exemple de cette évolution. Dans l'observation VI extraite de la thèse de Chrétien sur la thyroïdectomie, il s'agit d'une femme de 36 ans qui avait eu un goître ; à l'âge de trente et un ans, elle fut atteinte de vomissements fréquents, dont la gravité fut telle que Gosselin se décida à lui faire l'ablation du corps thyroïde. Quelques années plus tard survinrent des modifications de caractère, de l'exophtalmie, des palpitations, en un mot, le tableau complet de la maladie de Bazedow.

Ainsi donc voici des faits où le syndrome existe en l'absence même du corps thyroïde. Ils suffisent à infirmer cette ancienne théorie de Provin, reprise par Bénard, qui vient expliquer les symptômes du goître exophtalmique par la compression que la tumeur thyroïdienne elle-même exerce sur les veines jugulaires ou les faisceaux nerveux.

Que faire alors de toutes ces observations que nous avons résumées pour la plupart, dans lesquelles des malades atteints de goître ont présenté à un moment donné un ensemble de phénomènes réalisant le syndrome de Bazedow ; et chez qui l'amélioration commença à se manifester avec le traitement du goître, soit au moyen d'injections interstitielles, soit à la suite de la thyroïdectomie.

Ainsi ont évolué tous les faits cités par Watson,

Mac Naughton, Jones, Bœckel, Tillaux, Dubreuil, Thyssen, etc.

Faut-il faire rentrer ces observations dans le cadre du goître exophtalmique vrai ? Et alors que devient la théorie « de la névrose générale », actuellement admise?

Faut-il faire de ces exemples, encore peu nombreux à la vérité, une classe à part, et les ranger sous la rubrique générale de « pseudo-goîtres exophtalmiques » (*Brühl*).

C'est ce que nous croyons être la vérité, mais alors plusieurs interprétations sont possibles pour les expliquer.

M. Le Dentu (1), à propos d'observations semblables, avait proposé de distinguer le goître exophtalmique médical, du goître exophtalmique chirurgical.

Dans ce dernier groupe rentrerait le goître de consistance spéciale, de forme et de structure particulière, donnant lieu à des phénomènes plus ou moins analogues à ceux des goîtres exophtalmiques classiques.

Cette division trop artificielle ne nous paraît pas pouvoir être conservée. Ne sait-on pas qu'il existe des observations de goître exophtalmique classique dans lesquelles la tumeur est dure. Lorsque la congestion et la dilatation des vaisseaux ont persisté un certain temps, elles peuvent faire place à

1. *In thèse de Bénard.*

une hyperplasie de la glande thyroïde qui lui donne une certaine dureté. La tumeur molle au début est devenue dure en conservant cependant une certaine élasticité.

Faut-il songer alors (Brühl) à la possibilité d'une compression nerveuse par le goître ? Nos observations ne font guère mention des symptômes caractéristiques de la compression des nerfs du cou, du pneumogastrique en particulier.

Faut-il faire une plus large part aux troubles circulatoires ? Doit-on incriminer la sclérose du myocarde, l'athérome de l'aorte ?

L'observation si bien étudiée de M. Brühl, celle de M. Larrey, semblent plaider en faveur de cette hypothèse.

Dans l'observation II de M. Brühl, ce n'est qu'avec les troubles cardiaques que se sont montrées les palpitations et une poussée congestive du côté du corps thyroïde. Ces phénomènes se sont amendés par le repos, le régime lacté et la digitale. Peut-être le corps thyroïde congestionné a-t-il déterminé une compression du nerf pneumogastrique qui, à son tour, a été la cause de troubles circulatoires ?

Enfin (Brühl), il faut se demander si tous les accidents ne dépendent pas de la suppression des fonctions encore hypothétiques du corps thyroïde.

Mais une autre interprétation est encore possible, à laquelle nous sommes disposés à nous rallier.

Il est de notion courante que chez tout individu prédisposé, c'est-à-dire de tempérament nerveux, une lésion quelconque peut éveiller une névrose (1), cette névrose peut être l'hystérie, l'épilepsie, comme elle peut être la maladie de Bazedow. La lésion ne joue là que le rôle de cause occasionnelle que l'on voit jouer si souvent aux affections utérines, aux traumatismes physiques ou moraux, à la syphilis même (Marie).

Dans un ordre d'idées semblables, M. Siguicelli (cité par Leflaive), a proposé d'électriser le corps thyroïde de quelques épileptiques, et cette pratique, *surprenante a priori*, lui aurait donné de bons résultats.

Nous ne citons ce fait que pour montrer un exemple du rapport qui pourrait unir les névroses centrales et les altérations d'organes périphériques et en particulier du corps thyroïde.

Mais laissons-là cette discussion pathogénique qui ne saurait être prolongée sans devenir véritablement oiseuse.

Toutes les hypothèses sont permises, et il est infiniment vraisemblable que quelqu'un plus autorisé que nous trouvera de ces cas la solution exacte.

Qu'il nous suffise d'avoir exposé les faits dans toute leur rigueur.

C'est le but seul que nous souhaitions atteindre.

1. Leflaive. *Théories récentes sur la nature et la pathogénie du goître exophtalmique. Revue générale de la Gazette des Hôpitaux*, 1889.

CONCLUSIONS

La maladie de Bazedow n'est peut-être pas toujours identique à elle-même, et il paraît nécessaire actuellement de scinder, du moins en deux groupes, les faits qui ressortissent à sa description classique.

Il est incontestable que le goître peut se compliquer de phénomènes présentant les caractères de la maladie de Bazedow.

Ces accidents peuvent dépendre de la tumeur thyroïdienne, puisque, dans un assez grand nombre d'observations, une intervention chirurgicale, et même un simple traitement médical approprié, ont pu mettre fin à ces accidents.

L'asystolie, qui résulte d'une lésion cardiaque ancienne, survenant chez un goîtreux, peut réaliser — mais incomplètement — le syndrome de la maladie de Bazedow (Obs. II).

En tout état de cause, ces faits méritent d'être rangés dans une classe à part. Ils ne sont pas du même ordre que ceux qui caractérisent la névrose classique. Si les phénomènes cliniques ont à leur période d'état de certaines analogies ; l'ordre chronologique de leur apparition. leur évolution,

leur terminaison ; tout indique qu'ils sont d'essence différente.

La pathogénie de semblables faits est difficile à résumer ; elle n'est peut-être pas univoque.

Dans ces conditions, il s'agit d'une forme spéciale de goître exophtalmique, distincte de la névrose.

Le terme de *faux goîtres exophtalmiques* (Brühl) doit servir à caractériser ces faits.

Vu par le Président de thèse,
DEBOVE

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Georges Lasvènes. — De la maladie de Bazedow développée sur un goître ancien.

Brühl. — Des rapports du goître simple avec la maladie de Bazedow ; des faux goîtres exophtalmiques. Gazette des hôpitaux, n°s 74 et 76, juin 1891.

Leflaive. — Théories récentes sur la nature et la pathogénie du goître exophtalmique Gazette des hôpitaux, 12 janvier 1889.

Rendu. — Le goître exophtalmique. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Bénard, — Thèse de Paris, 1882.

Larrey. — Comptes-rendus de la société anatomique, 1882.

Debove. — Bulletin de la société médicale des hôpitaux, 1891.

Dubreuil. — Gazette médicale de Paris, 1887.

Thyssen. — Progrès médical, 1889.

Chrétien. — De la thyroïdectomie. Thèse de Paris, 1888.

Boeckel. — Gazette médicale de Strasbourg, 1880.

Trélat et Berger. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1884.

Marie. — Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustres de la maladie de Bazedow. Thèse de Paris, 1883.

HENRI JOUVE, Imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.